

**SCHEDA DI ATTIVAZIONE A. D. I. Senza medico AUSL CP/CP (per pazienti non deambulanti)**

LIV. 1 (bassa)       LIV. 2 (media)       LIV. 3 (alta)

**Medico Proponente Dott.:** \_\_\_\_\_

**SEGNALAZIONE proveniente da:**

<input type="checkbox"/> MMG/PLS	<input type="checkbox"/> Ospedale (dimissione protetta)
<input type="checkbox"/> Hospice (dimissione protetta)	<input type="checkbox"/> Paziente e/o Familiare
<input type="checkbox"/> UVM (multidimensionale)	<input type="checkbox"/> Strutture residenziali
<input type="checkbox"/> OSCO	<input type="checkbox"/> Servizi sociali
<input type="checkbox"/> Medico specialista	<input type="checkbox"/> Ambulatorio CP

**DATI PAZIENTE**

<b>Cognome</b> _____	<b>Nome</b> _____		
<b>Lugo di nascita</b> _____	<b>Data di nascita</b> _____	_____	
<b>Codice fisc.</b> _____	<b>Sesso</b>	<input type="checkbox"/> <b>F</b>	<input type="checkbox"/> <b>M</b>
<b>Stato civile</b>	<input type="checkbox"/> celibe/nubile	<input type="checkbox"/> coniugato/a	<input type="checkbox"/> vedovo/a
	<input type="checkbox"/> separato/a	<input type="checkbox"/> divorziato/a	<input type="checkbox"/> non dichiarato

**Componenti nucleo familiare (escluso l'assistito e l'eventuale assistente convivente):** n. \_\_\_\_\_

È presente assistente **non familiare**  SÌ  NO

**Residenza** \_\_\_\_\_

**Domicilio di assistenza**  
(se diverso dalla residenza) \_\_\_\_\_

**Recapito telefonico** \_\_\_\_\_

Nel caso di **pazienti minori** indicare chi ha responsabilità genitoriale (solo una alternativa)

<input type="checkbox"/> Materna	<input type="checkbox"/> Paterna	<input type="checkbox"/> Condivisa	<input type="checkbox"/> Da tutore	<input type="checkbox"/> Struttura Pubblica o convenzionata
----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---

**MOTIVAZIONE DELLA PROPOSTA DI ATTIVAZIONE ADI**

<input type="checkbox"/> Gravi fratture in anziani	<input type="checkbox"/> Malato termin. Oncologico
<input type="checkbox"/> Forme psicotiche acute gravi	<input type="checkbox"/> Malato termin. AIDS
<input type="checkbox"/> Malattie acute temp. Invalidanti	<input type="checkbox"/> Malato termin. Altra patologia
<input type="checkbox"/> Dimiss. Protetta da ospedale	<input type="checkbox"/> Bisogno socio-assistenziale
<input type="checkbox"/> Altro _____	

**Patologia prevalente** \_\_\_\_\_ ICD IX \_\_\_\_\_

**Patologia/e concomitante/i** \_\_\_\_\_

**Accessi proposti MMG:**  Settimanali num. \_\_\_\_\_  Quindicinali  Mensili **Data richiesta** \_\_\_\_\_

**Programma assistenziale condiviso in cartella ai sensi della legge 219/2017:**  SÌ  NO

**Breve sintesi programma:** \_\_\_\_\_

<b>SCHEDA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE dell'assistito/a:</b>		
<b>Autonomia nelle attività quotidiane</b> <i>(alimentazione, igiene personale, vestirsi, uso del bagno)</i>	<input type="checkbox"/> Autonomo	<input type="checkbox"/> Parzialmente dipendente
	<input type="checkbox"/> Totalmente dipendente	
<b>Grado di mobilità</b>	<input type="checkbox"/> Si sposta da solo (anche con l'aiuto di ausili)	
	<input type="checkbox"/> Si sposta assistito	<input type="checkbox"/> Non si sposta
<b>Presenza di disturbi cognitivi</b> <i>(delirio, agitazione, ansia, disinibizione, attività motoria aberrante)</i>	<input type="checkbox"/> Assenti o lievi	
	<input type="checkbox"/> Moderati	<input type="checkbox"/> Gravi
<b>Presenza di disturbi comportamentali</b>	<input type="checkbox"/> Assenti o lievi	
	<input type="checkbox"/> Moderati	<input type="checkbox"/> Gravi
<b>Supporto sociale</b> <i>(famiglia, vicini, volontariato, privati con oneri a carico della famiglia)</i>	<input type="checkbox"/> Presente	
	<input type="checkbox"/> Parziale / temporaneo	<input type="checkbox"/> Non presente
<b>Presenza di fragilità familiare</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Lesioni cutanee per <i>patologie correlate</i></b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>Rischio di sanguinamento acuto</b>	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>BISOGNI RILEVATI (croccettare il/i solo/i bisogno/i rilevato/i)</b>		

<input type="checkbox"/>	Rischio infettivo	<input type="checkbox"/>	E.C.G
<input type="checkbox"/>	Bronco aspirazione-drenaggio posturale	<input type="checkbox"/>	Telemetria
<input type="checkbox"/>	Ossigenoterapia	<input type="checkbox"/>	Terapia sottocutanea/intramuscolo/infusione
<input type="checkbox"/>	Ventiloterapia	<input type="checkbox"/>	Gestione catetere centrale
<input type="checkbox"/>	Tracheotomia	<input type="checkbox"/>	Trasfusioni
<input type="checkbox"/>	Alimentazione assistita	<input type="checkbox"/>	Controllo del dolore
<input type="checkbox"/>	Alimentazione enterale	<input type="checkbox"/>	Bisogni assistenziali per terminalità oncologica
<input type="checkbox"/>	Alimentazione parenterale	<input type="checkbox"/>	Bisogni assistenziali per terminalità non oncologica
<input type="checkbox"/>	Gestione della stomia	<input type="checkbox"/>	Trattamento riabilitativo neurologico
<input type="checkbox"/>	Manovre per l'eliminazione urinaria/intestinale	<input type="checkbox"/>	Trattamento riabilitativo ortopedico
<input type="checkbox"/>	Assistenza per l'alterazione sonno/veglia	<input type="checkbox"/>	Trattamento riabilitativo di mantenimento
<input type="checkbox"/>	Interventi di educazione terapeutica	<input type="checkbox"/>	Supervisione continua di utenti con disabilità
<input type="checkbox"/>	Cura di ulcere cutanee di I e II grado	<input type="checkbox"/>	Assistenza nelle IADL per utenti con disabilità
<input type="checkbox"/>	Cura di ulcere cutanee di III e IV grado	<input type="checkbox"/>	Assistenza nelle ADL per utenti con disabilità
<input type="checkbox"/>	Prelievi venosi non occasionali	<input type="checkbox"/>	Supporto al care giver

Data di valutazione: \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

<b>RISERVATO ALLA AUSL: SINTESI DEL PAI (Programma assistenziale concordato)</b>	
Accessi MMG : <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Q <input type="checkbox"/> M	Consulti con specialisti: _____
Assistenza Infermieristica: accessi / mese n°: _____	
Assistenza sociale di base a rilievo sanitario n. ore settimanali: _____	
Prestazioni aggiuntive: _____	Altro: _____
Data attivazione _____	<b>Firma R.O.A.D</b>
Data scadenza _____	